

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**EFEITO DO TIPO DE TRAUMA SOBRE A
SINTOMATOLOGIA PÓS-TRAUMÁTICA**

Soraia Amorim Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Área de Especialização Em Psicologia Clínica e da Saúde –
Psicologia Clínica Dinâmica**

2019

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**EFEITO DO TIPO DE TRAUMA SOBRE A
SINTOMATOLOGIA PÓS-TRAUMÁTICA**

Soraia Amorim Silva

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Bruno Gonçalves

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2019

Agradecimentos

Começo por agradecer à minha família, que me apoiaram sempre em todas as fases da minha vida e que tudo fizeram para que os meus objetivos fossem alcançados. A vossa missão foi cumprida, Muito Obrigada!

Muitas foram as pessoas que me marcaram, por isso desde já o meu agradecimento

À minha família do coração, as minhas amigas Rita, Mafalda, Isabel, que partilharam comigo estes últimos cinco anos, cheios de risos, lágrimas (às vezes os dois quando chegavam os exames) e muito trabalho. Cada uma de vocês trouxe algo à minha vida. Muito obrigada por partilharem comigo esta jornada.

À minha família Erasmus, Patrícia, Daniela, Carolina. Sem vocês a minha experiência de Erasmus não tinha sido tão rica. Apesar de terem chegado mais tarde à minha vida, obrigada por aturarem a minha ansiedade e também as minhas teorias freudianas! Teremos sempre Groningen.

A todos os Professores e Professoras desta instituição pelos conhecimentos que me passaram, que muito me ajudaram a enriquecer este trabalho.

E por fim, um grande agradecimento ao Professor Bruno Gonçalves, pela enorme paciência e orientação durante este longo percurso.

A todos Vós, Muito Obrigada!

Resumo

Estudos anteriores sugerem que a apresentação clínica da Perturbação de Stress Pós-Traumática [PSPT] varia de acordo com o tipo de trauma. Este estudo pretende contribuir para alargar o conhecimento sobre este tema, analisando os sintomas da PSPT, e características subjacentes ao Trauma Complexo, em diferentes tipos de eventos potencialmente traumáticos, como a morte súbita de um ente querido (de forma violenta ou acidental), a violência sexual, ataque físico, ataque à mão armada/exposição a guerra, acidente grave, incêndio ou desastre natural e doença ou ferimento com risco de vida. Este projeto também integra relatos de eventos não considerados como traumáticos pelo DSM-5.

A fim de se concretizar o objetivo proposto, foram aplicados a 338 sujeitos da população geral portuguesa três instrumentos de autorrelato, na sua versão portuguesa: *Self-Report of Disorder of Extreme Stress* (SIDES-SR); *Life Events Checklist for DSM-5* (LEC-5) e *PTSD Checklist for DSM-5* (PCL-5).

Foram encontradas diferenças entre os grupos na severidade da PSPT e nos padrões de sintomas, indo de encontro aos resultados obtidos com outras populações.

Na análise às características do Trauma Complexo, foram apresentadas diferenças ao nível da autoperceção, atenção e consciência e afeto e impulsos. Mais investigações sobre o padrão dos sintomas do Trauma Complexo, em diferentes tipos de eventos, são necessárias para viabilizar hipóteses.

Palavras-Chave: trauma, morte súbita de um ente querido, violência sexual, ataque físico, ataque à mão armada, exposição a guerra, acidente grave, incêndio, desastre natural, doença ou ferimento com risco de vida, eventos não-traumáticos, padrão de sintomas, trauma complexo, perturbação de stress pós-traumática, PTSD complexo

Abstract

Previous studies have suggested that the clinical presentation of *Post Traumatic Stress Disorder* [PTSD] varies according to the type of trauma. This study intends to broaden the knowledge on this topic, analyzing the symptoms of PTSD, and characteristics underlying Complex Trauma, in different types of potentially traumatic events, such as sudden death of a loved one (violent or accidental), sexual violence, physical violence, armed robbery / war exposure, major accident, fire or natural disaster, and life-threatening illness or injury. This project also integrates reports of events not considered traumatic by DSM-5.

In order to achieve the proposed goal, three self-report instruments were applied to 338 subjects of the portuguese general population: *Self-Report of Disorder of Extreme Stress* (SIDES-SR); *Life Events Checklist for DSM-5* (LEC-5) e *PTSD Checklist for DSM-5* (PCL-5).

Differences were found between the groups in PSPT severity and symptom patterns, against the results obtained with other populations.

In the analysis of the characteristics of Complex Trauma, differences were presented at the level of self-perception, attention and awareness and affection and impulses, however, the results do not have sufficient basis to obtain more conclusions. Further investigations on the pattern of Complex Trauma symptoms in different types of events are necessary to make hypotheses feasible.

Keywords: trauma, sudden death of a loved one, sexual violence, physical attack, armed attack, exposure to war, major accident, fire, natural disaster, life-threatening illness or injury, non-traumatic events, pattern of symptoms, complex trauma, post-traumatic stress disorder, complex PTSD.

Índice

Resumo	i
Abstract	ii
Índice	iii
Índice de Figuras	v
Introdução	1
1. Enquadramento Teórico	3
1.1. Perturbação de Stress Pós-Traumático como critério de diagnóstico	3
1.2. O Trauma	6
1.3. Perturbação de Stress Pós-Traumático e Exposição a Stress Extremo	7
1.4. Impacto Epidemiológico da Perturbação de Stress Pós-Traumático	9
1.5. Relação entre Tipos de Trauma e Perfil Sintomático	12
2. Objetivos e Hipóteses	15
3. Metodologia	17
3.1. Participantes	17
3.2. Instrumentos	18
3.2.1. QSD: Questionário Sociodemográfico	18
3.2.2. LEC-5: <i>Life Events Checklist for DSM-5</i>	19
3.2.3. PCL-5: <i>PTSD Checklist for DSM-5</i>	20
3.2.4. SIDES-SR: <i>Self-Report Inventory for Disorder of Extreme Stress</i>	21
3.3. Procedimento	21
4. Resultados	23
4.1. Critérios de Exclusão e Organização dos Eventos	23
4.2. Análise dos Sintomas da Perturbação de Stress Pós-Traumático	24
4.3. Análise dos Sintomas do Trauma Complexo	28

5. Discussão e Conclusão	32
Referências Bibliográficas.....	38

Índice de Figuras

Figura 1

Agrupamento da Amostra por Tipo de Evento.....	17
--	----

Introdução

Viver é correr riscos. Todos os dias estamos suscetíveis a situações que nos podem deixar cicatrizes psicológicas. Assim dizendo, o tema do ‘trauma psicológico’ é intemporal e necessita de constantes atualizações, quando surgem eventos na sociedade em que estamos inseridos que precisam da nossa consideração.

Muito antes do termo Perturbação de Stress Pós-Traumático (*PSPT*) ter sido criado, alguns profissionais de saúde mental verificaram que acontecimentos ameaçadores poderiam evocar um estado de angústia, que designaram como semelhante às reações de luto (McHugh & Treisman, 2007). As primeiras observações foram baseadas em vítimas de violência e traumas industriais, naturais, políticos e militares. Desde então, o conceito tem evoluído, juntamente com a maior compreensão do termo ‘trauma’.

O diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-traumática [*PSPT*] é um processo clínico heterogéneo (*DSM-5*; American Psychiatric Association, 2013), no sentido que uma ampla gama de eventos de vida, considerada traumática, pode potencialmente despoletar sintomas característicos da síndrome. Esta definição levou a que muitos académicos questionassem sobre o efeito dos diversos eventos potencialmente traumáticos na apresentação dos sintomas da *PSPT*. Estudos empíricos sugerem que nem todos os eventos traumáticos são equivalentes quando se trata da apresentação de *PSPT*. Revisão literária sobre os perfis de sintomas de indivíduos expostos ao trauma revelam que a variação sintomatológica pode estar associada a diferentes tipos de experiências potencialmente traumáticas. Dadas estas diferenças na prevalência da *PSPT* e severidade dos sintomas em função do tipo de trauma, justifica-se uma investigação mais aprofundada sobre as diferenças na manifestação de *PTSD* em função do tipo de trauma. Acrescenta-se também um interesse académico sobre a relação dos tipos de eventos potencialmente traumáticos com os Domínios do Trauma Complexo, dado que carece de investigação.

A presente dissertação insere-se no âmbito do projeto “Personalidade e Psicologia”, que incentiva a uma análise dimensional e compreensiva da personalidade. Este processo decorre na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Este trabalho constitui um estudo ao efeito das experiências potencialmente traumáticas na sintomatologia traumática, na população geral adulta portuguesa. Para se fazer cumprir o objetivo deste estudo e testar as hipóteses formuladas recorreu-se às versões portuguesas do *Life Events Checklist* (*LEC-5*; Weathers et

al., 2013), *PTSD Checklist* (PCL-5; Schnurr, 2013), *Self-Report Inventory for Disorder of Extreme Stress* (SIDES-SR; Van der Kolk, 2002) e ainda se aplicou um Questionário Sociodemográfico (QSD). Os instrumentos serão devidamente descritos, tal como as características da amostra e os procedimentos utilizados, no capítulo sobre a *Metodologia*. Os resultados serão analisados e discutidos com base na literatura revista.

Capítulo 1 - Perturbação de Stress Pós-Traumática

1.1. Evolução da Perturbação de Stress Pós-Traumático como critério de diagnóstico

Muito antes do termo Perturbação de Stress Pós-Traumático (*PSPT*) ter sido criado, alguns profissionais de saúde mental, durante a primeira metade do século XX, verificaram que acontecimentos ameaçadores poderiam evocar um estado de angústia, que designaram como semelhante às reações de luto (McHugh & Treisman, 2007). As observações foram baseadas em vítimas de violência e traumas industriais, naturais, políticos e militares. Em 1945, Grinker e Spiegel (cit. Por Liz & Roemer, 1996), a partir de observações a veteranos da Primeira e Segunda Guerra Mundial, verificaram que os veteranos expostos a acontecimentos de violência intensa, continuavam a “reviver” a experiência através de intrusões de memórias sobre o acontecimento testemunhado, o que provocava reações emocionais e fisiológicas intensas, perturbações do sono e reações intensas de ameaça.

Freud, no início da sua obra, pensou que acontecimentos traumáticos de natureza sexual ocorridos na infância se encontrariam na origem de todas as psiconeuroses. Mais tarde abandonou esta teoria geral mas interessou-se especificamente pelas neuroses traumáticas, nomeadamente as neuroses de guerra. Atribuía o efeito traumático a um afluxo de excitação que ultrapassava a capacidade de elaboração psíquica (Laplanche & Pontalis, 1990). Outros autores observaram que, se o acontecimento traumático não fosse resolvido, os seus efeitos secundários teriam frequentemente uma influência (negativa) ao longo da vida em vários domínios (*Psychodynamic Diagnostic Manual*; 2ª ed; PDM-2; 2015)

3

Em 1980 a PSPT foi introduzida pela primeira vez na terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; 3ª ed., DSM-III; American Psychiatric Association [APA], 1980), como pertencente à classe das Perturbações de Ansiedade. Na formulação do DSM, um acontecimento traumático era considerado como algo para além da experiência humana comum que afetaria de forma adversa qualquer pessoa. A sua definição foi desenvolvida a partir de estudos que envolveram veteranos da Guerra do Vietnam, sobreviventes do Holocausto, sobreviventes de bombardeamentos atômicos, vítimas de violência sexual, acidentes de aviação e acidentes de viação. Os autores do diagnóstico original sentiram necessidade de uma nova abordagem às consequências psicológicas que resultavam da exposição à guerra e a outras formas de trauma, relevantes à época. A partir deste momento, várias neuroses pós-traumáticas

foram denominadas, como a neurose sexual, a neurose das mulheres maltratadas e a neurose pós-Vietname.

Em Portugal, a PSPT tomou relevância com o regresso dos ex-combatentes da Guerra Colonial (1961 – 1975). A partir dessa altura, múltiplos estudos foram realizados para determinar a existência da perturbação na população portuguesa. Contudo só ao fim de mais de 30 anos o Estado reconheceu a existência de problemas psicológicos crónicos, numa dimensão de ex-combatentes da Guerra Colonial, bem como a relação de causalidade entre a perturbação e a experiência de combate/guerra (Albuquerque, Soares, Jesus & Alves, 2003).

Depois da primeira definição, os padrões de sintomas e critérios de diagnóstico da PSPT têm evoluído ao longo de cada edição do DSM, juntamente com a maior compreensão do termo ‘trauma’. No DSM-IV (APA, 1994), a definição de ‘trauma’ foi ampliada, com a inclusão de uma componente subjetiva. Ou seja, um acontecimento traumático não seria apenas definido pelas componentes objetivas do contexto, mas também pela reação subjetiva que incluiria sentimentos intensos de medo, desamparo ou aversão (Figley, Ellis, Reuther & Gold, 2017). Para além desta componente subjetiva do acontecimento traumático, os critérios de diagnóstico também incluíam três grupos de sintomas (memórias intrusivas e recorrentes, evitamento de estímulos associados ao acontecimento traumático e hiper-reatividade), a duração dos sintomas e o último critério que estipulava que os sintomas deveriam causar danos significativos (Friedman, 2014). Os sintomas estariam geralmente associados a um estado de dormência emocional e a sinais de intensa ansiedade, como insónias, dificuldades de concentração, hipervigilância e irritabilidade (Barlow, 2004).

Atualmente, a Perturbação de Stress Pós-Traumático encontra-se integrada numa nova classe de classificação (*DSM-5*; APA, 2013), designada por Perturbações Associadas ao Trauma e Fatores de Stress. Todas as perturbações incluídas nesta classificação têm como critério de diagnóstico comum a exposição a um acontecimento traumático ou de estresse. O *DSM-V* aponta mais relevo aos sintomas comportamentais que acompanham a PSPT e propõe quatro critérios diagnósticos em vez de três, compostos por sintomas de intrusão, evitamento, alterações negativas na cognição e humor e alterações nos fatores ativação e reatividade.

1.1.1. Critérios de Diagnóstico Para Avaliação de PSPT segundo o DSM-5 (APA, 2013)

A. Exposição a ameaça de morte, morte real, ferimento grave ou violência sexual em 1 (ou mais) das seguintes formas:

1. Exposição direta a acontecimento traumático

2. Testemunhar, presencialmente, acontecimento que ocorreu a outras pessoas
 3. Tomar conhecimento de que o acontecimento traumático ocorreu a familiares ou amigos. O acontecimento deve ter sido violento ou acidental
 4. Exposição repetida ou extrema a pormenores aversivos do acontecimento traumático
- B.** Presença de 1 (ou mais) dos sintomas intrusivos¹, cujo início é posterior ao acontecimento traumático
1. Lembranças do acontecimento traumático que causam mal-estar e que são intrusivas, involuntárias e recorrentes
 2. Sonhos perturbadores recorrentes nos quais o conteúdo e/ou emoções do sonho estão relacionadas com o acontecimento traumático
 3. Reações dissociativas (por exemplo, *flashbacks*) nas quais o indivíduo sente ou atua como se o acontecimento traumático estivesse a ocorrer novamente.
 4. Mal-estar psicológico intenso ou prolongado aquando da exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem o acontecimento traumático
 5. Reações fisiológicas intensas à exposição a estímulos internos ou externos semelhantes ao acontecimento traumático
- C.** Evitamento persistente dos estímulos associados ao acontecimento traumático, indicado por 1 ou mais dos seguintes:
1. Evitamento de memórias, pensamento ou emoções que causam mal-estar acerca do acontecimento traumático
 2. Evitamento de estímulos externos que despertem memórias, pensamentos ou emoções que causem mal-estar acerca do acontecimento traumático
- D.** Alterações negativas nas cognições e no humor associada ao acontecimento traumático, indicado por 2 (ou mais) dos seguintes:
1. Incapacidade para lembrar um aspeto importante do acontecimento traumático
 2. Crenças ou expetativas sobre o próprio, os outros ou o mundo, exageradamente negativas e persistentes
 3. Cognições distorcidas sobre as causas ou consequências do acontecimento traumático
 4. Estado emocional negativo (como o medo, a culpa, a raiva, a vergonha e aversão)

¹ Anteriormente designados por sintomas de 'reexperiência' (DSM-IV; APA; 1994)

5. Sensação de estar desligado dos outros e/ou incapacidade de experimentar emoções positivas
- E.** Alterações significativas da ativação e reatividade associadas ao acontecimento traumático, indicado por 2 (ou mais) dos seguintes:
1. Comportamento irritável ou acessos de raiva, tipicamente expressos através de agressões físicas ou verbais para com pessoas ou objetos
 2. Hipervigilância
 3. Resposta de sobressalto exagerada
 4. Dificuldade de concentração
 5. Perturbação do sono
- F.** A duração da perturbação é superior a um mês

1.2. O Trauma

A Perturbação de Stress Pós-Traumático é única devido à grande importância atribuída ao agente etiológico, o fator traumático. O conceito de trauma e os sintomas resultantes têm sido expandidos desde o DSM-III, abrangendo não só experiências de guerra/combate, mas também traumas civis, especialmente trauma doméstico.

Ditlevsen e Elklit (2012) definiram ‘tipo’ de trauma como um conjunto de acontecimentos traumáticos, relacionados entre si e organizados em categorias através de características semelhantes. Os acontecimentos traumáticos podem ser assim categorizados de forma ampla ou restrita, o que por sua vez irá afetar as variações dentro das categorias. A revisão de literatura permitiu identificar cinco tipos de trauma primário (PDM-2, 2015):

- **Tipo I, trauma impessoal / accidental / desastre**, para o qual não há uma causalidade pré-definida. Esta categoria também inclui doenças e condições médicas que se desenvolvam de forma aleatória, sem associação da causa.

- **Tipo II, trauma interpessoal**. O trauma interpessoal pode ser considerado como uma ocorrência única ou limitada no tempo (geralmente quando um estranho é o assaltante), ou pode ser repetido ao longo de meses ou anos.

- **Tipo III, trauma de identidade**. Tem como base as características pessoais e individuais, tais como a etnia/raça, sexo, identidade do sexo e orientação sexual, que são alvos de vitimização.

- **Tipo IV, trauma comunitário.** Está associado à identidade, cultura, crenças, tradições costumes de uma comunidade, os quais podem originar conflitos intergrupais e violência.

- **Tipo V, trauma acumulado.** Associado ao conceito de ‘re-victimização’

Qualquer um dos cinco tipos de trauma podem, ou não, dar origem a sintomas de Perturbação Aguda de stress, Perturbação de Stress Pós-Traumático e / ou Perturbação de stress Pós-Traumático Complexo.

1.3. Perturbação de Stress Pós-Traumático e Exposição a Stress Extremo

A PSPT é um constructo diagnóstico extremamente útil com ampla aplicabilidade a diferentes populações. Contudo, estudos com amostras da população infantil com história de violência física e sexual, bem como estudos da população feminina, expostas a violência interpessoal prolongada constataram que este tipo de população apresentavam um conjunto de sintomas psicológicos que não estavam incluídos nos critérios diagnósticos de PSPT das versões do DSM até então (Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola, 2005). As pessoas que experimentam traumas crónicos relatam frequentemente sintomas adicionais, juntamente aos sintomas de PSPT, como alterações nos campos da atenção, autorregulação e estrutura da personalidade (Van der Kolk *et al.*, 2005).

Estas experiências traumáticas de carácter interpessoal, repetitivo e múltiplo, atualmente designadas de *trauma complexo*, incluem sensação constante de perigo, bem como incapacidade de autorregulação, auto-organização ou apoio em relacionamentos para recuperar a integridade pessoal (Ford & Courtois, 2009; Luxenberg, Spinazzola & van der Kolk, 2001, Van der Kolk *et al.*, 2005, Sar, 2011). Outro nome por vezes usado para descrever este conjunto de sintomas, referidos como PSPT Complexa, é Perturbação Relacionada com Trauma e Fatores de Estresse Não Especificada (DSM-5, 2013). De acordo com Herman (1997), neste tipo de traumas, a vítima está sob o controlo do perpetrador e encontra-se geralmente num estado de ‘cativo’, tanto ao nível físico, como emocional. Estudos sobre a validade dos critérios mostraram uma associação exclusiva entre experiências traumáticas da violência interpessoal e perturbação do *trauma complexo* (Ford & Courtois, 2009; Luxenberg *et al.*, 2001, Van der Kolk *et al.*, 2005). O trauma interpessoal foi definido como atos de violência sexual, física e psicológica perpetrados por familiares e/ou por estranhos dentro de uma comunidade (Nishit, Mechanic & Ressick, 2000, cit. Por Bright & Bowland, 2008; Pelcovitz *et al.*, 1997; Mueser *et al.*, 2004).

O *trauma complexo* tem vindo a ser proposto por muitos clínicos como categoria de diagnóstico (Sar, 2011). Quando o DSM-IV estava em revisão, foi desenvolvido um estudo com o objetivo de avaliar o impacto das mudanças propostas no diagnóstico da PSPT e explorar a psicopatologia do trauma crónico (Van der Kolk *et al.*, 2005). Os resultados do estudo apoiaram a existência de uma adaptação complexa a acontecimentos de violência interpessoal crónica, tanto em crianças como em adultos. Porém, como os resultados do estudo indicaram que 92% dos indivíduos com PSPT Complexo também preencheram critérios diagnósticos para PTSD, o PTSD Complexo não foi adicionado como uma categoria de diagnóstico, separada. Os resultados deste estudo vieram corroborar a suposição de Pelcovitz e colegas (1997), que sintomas de PSPT e PSPT Complexa parecem estar presentes simultaneamente durante um período de tempo circunscrito.

O diagnóstico associado ao trauma complexo requer, segundo Pelcovitz e colegas (1997), alterações em seis domínios: autorregulação dos afetos e impulsos (por exemplo, excessivos comportamentos de risco, tristeza persistente, ideação suicida.), somatização, atenção e consciência (por exemplo, dissociação patológica), autoperceção (por exemplo, sentimento de desamparo, vergonha, culpa), relações interpessoais (por exemplo, isolamento, sentimento de desconfiança) e sistemas de significado (por exemplo, crenças distorcidas) (Luxenber *et al.*, 2001; Pelcovitz *et al.*, 1997; Van der Kolk *et al.*, 2005; Ford, 2015). Segundo Luxenberg e colegas (2001), os sintomas de evitamento, dormência emocional e sintomas dissociativos podem funcionar, nestes casos, como ‘manto’ que cobre a sintomatologia intrusiva, necessária para atender aos critérios para o diagnóstico de PSPT. Esta situação pode ser comparada a pacientes psiquiátricos, em que os sintomas intrusivos associados ao trauma podem ser ofuscados por manifestações mais graves da psicopatologia, como ideias paranoides, delírios persecutórios ou perturbações perceptivas (por exemplo, *flashbacks* associados ao trauma traumáticos que são confundidos com alucinações auditivas ou visuais associadas à patologia).

Atualmente, as alterações feitas aos critérios de diagnóstico da PSPT no DSM-5 permitem a inclusão de sintomas consistentes com cada domínio da perturbação associada ao *trauma complexo*, como a desregulação da emoção representada pelo estado emocional negativo e despersonalização, o funcionamento interpessoal associado, por exemplo, ao comportamento irritável expresso através de agressões físicas ou verbais e crenças ou expetativas sobre o próprio exageradamente negativas e persistentes (Ford, 2015).

1.4. Impacto Epidemiológico da Perturbação de Stress Pós-Traumático.

A prevalência de exposição a acontecimentos traumáticos e PSPT varia de acordo a natureza do fator traumático, amostra de população e métodos utilizados para medir a exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos. Sobre este tema é possível encontrar na literatura resultados relativos a estudos realizados na comunidade e em populações específicas.

Em 1991, o estudo de Davidson, Hughes, Blazer e George (1991) sobre a prevalência de PTSD numa comunidade americana indicou que esta perturbação afetava 1,3% da população. Os estudos epidemiológicos anteriores à publicação do DSM-IV (APA, 1994) apresentavam estimativas da prevalência de PSPT muito baixas, entre 1% a 1.3%, uma vez não reconheciam a necessidade de questionar os sujeitos sobre a história da exposição a acontecimentos traumáticos. Contudo, diferenças nas abordagens de medição levou à alteração dos valores da prevalência de PSPT na comunidade (Breslau, 2002). Tomemos como exemplo o estudo de Breslau e colegas (1998) que a partir de uma amostra representativa da comunidade americana composta por 2181 pessoas entre os 18 e os 45 anos, constataram que a prevalência acontecimentos traumáticos ao longo da vida seria de 89,6%! Dos sujeitos expostos a acontecimentos traumáticos, 9,2% apresentaram critérios para diagnóstico de PSPT, o que demonstra o aumento substancial dos valores de prevalência da PSPT na população geral.

Ao nível nacional, Albuquerque e colegas (2003) constataram que a taxa de prevalência da perturbação foi de 7,9%, sendo que 75,5% da população em estudo foi exposta a pelo menos uma experiência traumática (e.g., violação, abuso sexual antes dos dezoito anos, morte violenta e/ou repentina de um familiar, combate/guerra, etc.) (Albuquerque *et al.*, 2003).

Mais recentemente, Kilpatrick e colegas (2013) compararam a prevalência da PSPT com base nos critérios do DSM-IV e DSM-5 recorrendo a uma amostra de adultos americanos. A Os resultados mostraram-se de acordo com o estudo de Breslau e colegas (1998), em que 89,7% da amostra reportou ter experimentado um ou mais acontecimentos incluídos no Critério A do DSM-5. Apesar da taxa de exposição a acontecimentos traumáticos ter sido semelhante, a prevalência de PTSD de acordo com os critérios do DSM-5 foi menor do que a prevalência de PTSD de acordo com os critérios do DSM-IV. Este facto pode estar relacionado com a exclusão do critério de subjetividade do acontecimento traumático e com a restrição da quantidade de acontecimentos potencialmente traumáticos que o DSM-IV englobava, como por exemplo a exclusão da *morte inesperada de um familiar próximo ou amigo por causas naturais*, que

contribuía por volta de 50% na prevalência de PSPT (APA, 2013). Estima-se que nos EUA cerca de 8.7% da população preencha critérios para PSPT até aos 75 anos de idade (APA, 2013).

Apesar dos estudos anteriores demonstrarem uma hegemonia relativamente à prevalência da PSPT na população dos países mais desenvolvidos, alguns estudos mais recentes vêm contrariar estes valores. É o caso de Lukaschek e colegas (2013), que no estudo da relação entre experiência traumática e início subsequente da PSPT, numa amostra da população da área sul da Alemanha mostraram que apenas 40,5% dos sujeitos havia vivenciado um acontecimento considerado traumático durante a vida. Este valor é muito inferior ao dos estudos anteriormente referidos. A prevalência de PSPT nesta amostra também foi muito menor (1.7%) do que a prevalência de 8.7% associada à população americana (APA, 2013). Esta diferença relativamente aos estudos anteriores pode estar associada às características metodológicas dos instrumentos aplicados, ou então também podem refletir diferenças nos diferentes contextos. A região da qual foi recolhida a amostra, desde a Segunda Guerra Mundial que não está envolvida em situações de combate e não houve grandes catástrofes naturais no século XX. (Lukaschek *et al.*, 2013)

No estudo de Breslau e colegas (1998), anteriormente referido, verificou-se que ao nível da discriminação dos tipos de acontecimentos traumáticos, 62,4% dos inquiridos viveram uma *experiência traumática sofrida por pessoa amada*, 60% reportaram a *morte súbita e repentina de um familiar ou amigo*, 59,8% tinham experimentado *situações de acidente* e, por fim, 37,7% da população inquirida tinha sido exposta a *violência traumática* (violação, tortura, combate). Neste estudo, 20% de vítimas de crimes violentos desenvolveram PSPT, o que não difere muito de outros estudos realizados noutros países desenvolvidos (Breslau *et al.*, 1998). Ao nível nacional, 29.3% dos participantes reportou a situação de *Morte violenta de familiar ou amigo*, 22.7% reportou o evento de *Assalto ou outros crimes violentos (violação, ataque físico)* e 22.2% reportou ter testemunhado um *acidente grave ou morte*. Ainda 7,4% dos sujeitos do estudo referiram ter participado diretamente em acontecimentos de *Combate/Guerra*, contudo apenas 10,9% desenvolveram PSPT, inferior ao verificado em estudos de outras guerras (Albuquerque *et al.*, 2003). Albuquerque e colegas (2003) também constataram que os acontecimentos traumáticos de *violação e abuso sexual antes dos 18 anos* contribuíram, com maior intensidade do que os restantes tipos de trauma para o desenvolvimento de PSPT. Este facto demonstra que apesar de se verificar uma menor exposição ou testemunho de crimes violentos comparativamente à população americana, este acontecimento é um dos mais

impactantes na sociedade portuguesa, com um dos índices de violência doméstica mais elevados da Europa.

No que diz respeito a características sociodemográficas, a maioria dos estudos relatou maior prevalência de exposição nos homens do que nas mulheres, contudo as mulheres apresentaram maior risco para desenvolver PSPT, do que os homens (Breslau *et al.*, 1998; Ditlevsen & Elklit, 2012, Breslau, 2002; Albuquerque *et al.*, 2003). Adicionalmente, foi constatado que as mulheres apresentaram maior historial de violência sexual (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes e Nelson, 1995 cit. Por Frans, Rimmö, Åberg & Fredrikson., 2005; Badour Resnick & Kilpatrick, 2017). Estas constatações são observadas tanto na população clínica, como na população geral, contudo, as taxas de violência sexual nos homens com perturbação clínica são significativamente superiores às da população geral (Goodman *et al.*, 2001 cit. Por Mueser *et al.*, 2004). As classes etárias, na população portuguesa, em que se verificou maior predominância de casos de PSPT foram as compreendidas entre os 46 e os 65 anos, o que contraria alguns estudos, nos quais a população mais jovem indicou maior preponderância de PSPT (Vrana & Lauterbach, 1994 cit. Por Frans *et al.*, 2005; Smith, Summers, Dillon e Cougle, 2016).

Investigações sobre o estatuto socioeconómico, indicaram que sujeitos com baixo rendimento apresentaram maior risco à exposição a certos tipos de trauma, como por exemplo a violência sexual e não-sexual, bem como ao desenvolvimento de PTSD (Breslau *et al.*, 1998; Albuquerque *et al.*, 2003).

Os valores mais elevados de PSPT encontrados na literatura remetem para populações clínicas. Alguns dos estudos relataram valores entre os 25% e os 58% (Pagura *et al.*, 2010 cit. Por Scheiderer, Wood & Trull, 2015; Mueser *et al.*, 1998 cit. Por Breslau *et al.*, 1998), claramente superiores aos valores relatados na população geral. Para além disto, Mueser e colegas (1998 cit. Por Breslau *et al.*, 1998) verificaram que 98% dos pacientes da sua amostra relataram exposição a pelo menos um acontecimento traumático. Isto sugere que os pacientes de amostras clínicas apresentam maior risco de exposição a um acontecimento traumático e, posteriormente, de desenvolver PSPT, possivelmente associado a menor capacidade de resiliência.

Em conclusão, a PSPT é uma perturbação que se encontra presente na população adulta, clínica e geral, porém a população clínica é mais afetada e a sua duração é, por norma, prolongada (Mueser *et al.*, 1998 cit. Por Breslau *et al.*, 1998). Contudo existem exceções, o

que reforça ainda mais a importância da natureza do trauma e da metodologia utilizada na investigação.

1.5. Relação entre Tipos de Trauma e Perfil Sintomático

A natureza do tipo de trauma é central para a determinação do padrão de sintomas da PSPT. Contudo a sua definição no critério de diagnóstico da perturbação ao longo das edições do DSM tem sido fonte de controvérsia.

Alguns estudos que utilizaram os critérios de diagnóstico das edições prévias do DSM constataram que acontecimentos considerados comuns (por exemplo problemas relacionais, morte de causas naturais, problemas financeiros, doenças no próprio e em pessoas próximas) despoletaram sintomas pós-traumáticos intensos e a mesma quantidade de angústia, em comparação com acontecimentos considerados traumáticos (Mol, Arntz, Metsemakers, Dinant, Vilters-Van Montfort & Knottnerus, 2005; Gold, Marx, Soller-Baillo & Sloan, 2005, Lancaster, Melka, Rodriguez & Bryant, 2014). As Perturbações de Ajustamento abrangem um conjunto de respostas desajustadas ao stress, seja este agudo, crónico ou repetido, associados a experiências como doenças ou alterações na família, marcos de desenvolvimento, casamento, mudanças no emprego, reforma, entre outros (PDM-2, 2015). É assim importante definir as características que constituem os diversos tipos de acontecimentos potencialmente traumáticos. O DSM-5 (2013) colocou a Perturbação do Ajustamento, Perturbação Aguda de Stress e Perturbação de Stress Pós-Traumático na mesma categoria de classificação, enfatizando a ‘causa’ mais do que o ‘efeito’. Neste sentido, o foco na ‘causa’ vai destacar as perturbações relacionadas com trauma e stress.

A revisão de literatura existente sobre diferentes tipos de trauma permitiu estabelecer associações entre a apresentação de sintomas de PSPT e o tipo de experiências traumáticas.

Alguns autores constataram que o trauma interpessoal está associado a uma apresentação mais sintomática da PSPT e maior duração dos sintomas, quando comparado a acontecimentos traumáticos não-interpessoais, como a exposição a desastres naturais ou acidentes de viação (Chung & Breslau, 2008; Cougle, Resnick e Kilpatrick, 2013, Albuquerque *et al.*, 2003).

Kelley, Weathers, McDevitt-Murphy, Eakin e Flood (2009) encontraram diferenças na apresentação de sintomas, dentro de amostra de estudantes universitários americanos, entre acontecimentos traumáticos de *violência sexual*, *acidente de viação* e *morte inesperada de um*

familiar ou amigo. Eles revelaram que o acontecimento de *violência sexual* apresentou uma maior intensidade dos sintomas de reexperiência, evitamento / dormência emocional e sintomas de hiper-reatividade, sem diferenças na apresentação sintomática nos acontecimentos traumáticos da *morte de um familiar ou amigo* e *acidente de viação*. Apesar da contribuição do estudo anterior, a PSPT relacionada com a *morte inesperada de um familiar ou amigo*, de acordo com o critério A do DSM-5, apenas considera os acontecimentos traumáticos de morte inesperada com causa violenta ou acidental (por exemplo, homicídio, suicídio ou acidente mortal). Este critério não está incluído nos diagnósticos anteriores, o que provavelmente faz com que alguns dos indivíduos que estejam inseridos na categoria de morte inesperada de um familiar ou amigo, nos estudos anteriores, não preencham os requisitos do diagnóstico de PSPT pelos padrões do DSM-5.

Com isto em mente, Smith e colegas (2016) exploraram as diferenças, em todos os tipos de trauma, das características demográficas, história traumática e apresentação de sintomas. O estudo foi desenvolvido a partir de uma grande amostra epidemiológica representativa de uma área dos Estados Unidos e recorreu ao critério de diagnóstico do DSM-5. Os autores encontraram associações entre o tipo de trauma e apresentação sintomática. Os autores descobriram que a *violência sexual* apresentava maior risco de sintomática severa, com sintomas intensos de evitamento e hipervigilância. Outros autores, Badour e colegas (2017) na sua análise ao novo critério do DSM-5, que remete para as cognições e humor negativo, verificaram que pessoas sujeitas a *violência* interpessoal, endossaram mais frequentemente em emoções negativas (como a raiva, vergonha, medo, culpa e aversão) após o trauma e também se mostraram mais propensas a comportamentos irritáveis. Os acontecimentos traumáticos de carácter sexual adotam um papel de destaque relativamente aos restantes traumas, uma vez que parecem estar associados à apresentação de sintomas mais intensos de PSPT.

Ao nível nacional, todos sujeitos que reportaram o acontecimento de *violação*, apresentaram sintomas de evitamento de estímulos (internos ou externos) que relembrem a situação traumática, dificuldade em sentir amor ou afeto em relação a outras pessoas, incapacidade de planear o futuro, perturbações do sono e respostas de sobressalto exageradas. A experiência traumática de presenciar um *incêndio* também provocou uma sintomática mais severa nos indivíduos, apresentando sintomas de evitamento, falta de interesse, isolamento, dificuldade em sentir amor ou afeto em relação a outras pessoas e incapacidade de planear futuro. Este último acontecimento não é um tipo de trauma muito utilizado pela literatura, porém cada vez mais é um assunto corrente na sociedade portuguesa, principalmente no ano

mais recente. Os *acidentes rodoviários*, que em Portugal apresentam elevados índices de ocorrência, foram associados com maior predominância a respostas de sobressalto exageradas e sintomas de evitamento (Albuquerque *et al.*, 2003).

Estes estudos conseguiram abordar a questão-chave sobre se diferentes tipos de trauma estão associados a diferentes apresentações sintomáticas da PSPT. A recente versão do DSM (5ª ed.; DSM-5; APA, 2013) possivelmente possibilitou uma melhor exploração da diferenciação sintomática, uma vez que as estimativas são baseadas em princípios de medição dimensionais, para além da classificação categórica. No entanto, ainda há poucos estudos sobre esta temática, para fazer uma conclusão generalizada à população.

Para além disso, até à data, nenhum estudo se concentrou nas características metodológicas e procurou determinar uma possível articulação entre a informação proveniente dos diferentes instrumentos de PSP

CAPÍTULO 2- Objetivos e Hipóteses

O objetivo principal do presente estudo consiste na exploração de diferenças no perfil sintomático relacionados com nove grupos de eventos: morte súbita violenta (MSV), violência sexual (VS), ataque à mão armada ou exposição a situações de combate (AAGUE), ataque físico (AF), morte súbita acidental (MSA), acidente (ACFMP), fogo ou desastre natural (FGDN), doença ou ferimento com risco de vida (DFRV) e eventos não-traumáticos (*life events*; LE). Como vimos, alguns autores sugeriram que o padrão dos sintomas de PSPT variava de acordo com o tipo de trauma (Kelley et al., 2009, Albuquerque et al., 2003; Smith et al., 2016; Lancaster et al., 2014; Badour et al., 2017). Contudo, é reduzida a quantidade de estudos que abordaram como tema central a diferença de padrão sintomatológico na população geral portuguesa. Este estudo pretende expandir o trabalho anterior (e.g., Albuquerque et al., 2003; Kelley et al., 2009; Lancaster et al., 2014), estudando os sintomas da PSPT e do Trauma Complexo para vários tipos de eventos (traumáticos e não-traumáticos), na população geral.

Assim, o desenvolvimento do presente estudo foi orientado pelos seguintes objetivos e hipóteses:

Objetivo 1. Verificar se, ao nível da população geral portuguesa, existem diferenças, relativamente ao evento traumático reportado, na sintomatologia pós-traumática.

- *Hipótese 1.* Espera-se um efeito principal significativo entre tipo de evento e sintomatologia pós-traumática
- *Hipótese 2.* Espera-se que o evento Não-traumático não apresente diferenças significativas superiores, na sintomatologia da PSPT, relativamente aos eventos traumáticos.
- *Hipótese 3.* Espera-se que sobreviventes de eventos interpessoais apresentem maior prevalência sintomática relativamente a sobreviventes de eventos acidentais
- *Hipótese 4.* Espera-se que o evento VS apresente maior prevalência de sintomas intrusivos, sintomas de evitamento e sintomas de ativação e reatividade.
- *Hipótese 6.* Espera-se que o evento FGDN apresente maior prevalência de sintomas de evitamento e sintomas cognitivos e emocionais negativos.
- *Hipótese 5.* Espera-se que o grupo AC apresente maior prevalência sintomas de evitamento e respostas de sobressalto exageradas.

- **Objetivo 2.** Verificar se, ao nível da população geral portuguesa, existem diferenças, relativamente ao evento traumático reportado, no Trauma Complexo.
- *Hipótese 6.* Espera-se um efeito principal significativo entre tipo de evento e os domínios do Trauma Complexo.
- *Hipótese 7.* Espera-se que o evento Não-traumático não apresente diferenças significativas superiores, na sintomatologia, relativamente aos eventos traumáticos.
- *Hipótese 8.* Espera-se que sobreviventes de eventos interpessoais apresentem maior prevalência sintomática relativamente a sobreviventes de eventos acidentais

CAPITULO 3 – Metodologia

3.1. Participantes

Neste estudo participaram um total de 338 sujeitos adultos. Contudo, com os critérios de exclusão aplicados (*vide* p.23), a amostra final foi reduzida para 224 participantes. A amostra foi composta principalmente por mulheres ($n = 141$, 62.9%), casadas ($n = 124$, 55.6%). A idade média foi de 40.83 ($DP = 13.53$). Verificou-se que 62.9% dos participantes reportou pelo menos um evento traumático, enquanto 37.1% reportaram eventos de *stress* considerados não-traumáticos segundo os critérios do DSM-5 (p.e., alterações na família, marcos de desenvolvimento, divórcio, mudanças no emprego, reforma, desemprego). A Figura 1 mostra a distribuição da amostra por evento relatado.

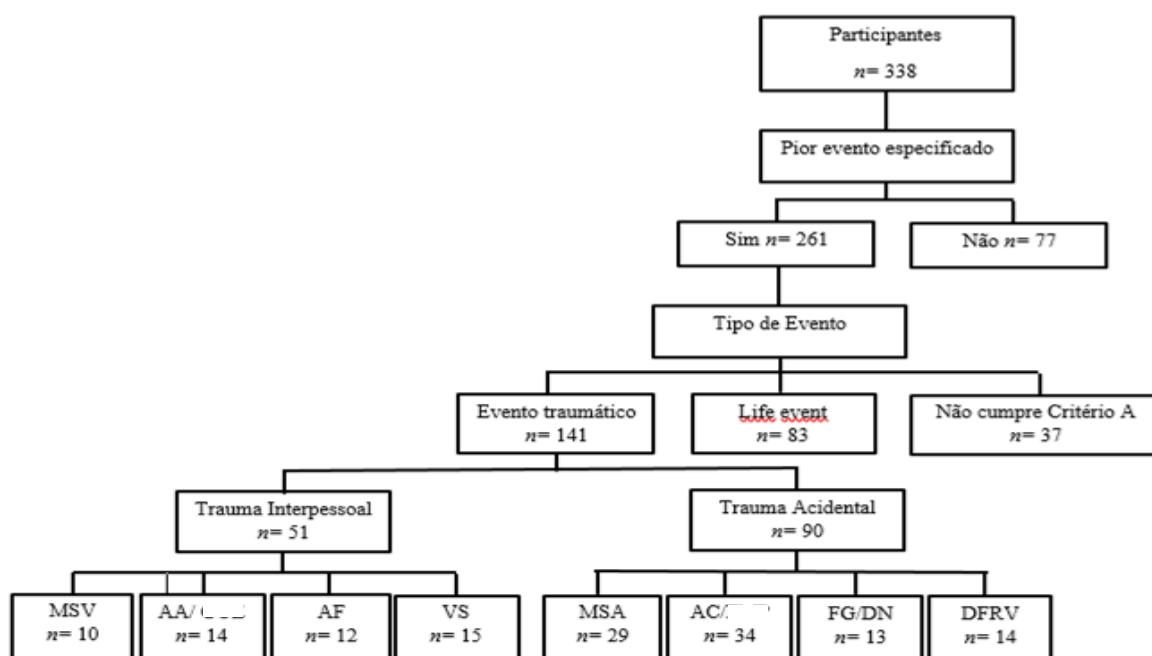


Fig. 1. Agrupamento da Amostra por Tipo de Evento

Nota¹: [MSV: Morte Súbita Violenta; AA: Ataque Armado; AF: Ataque Físico; VS: Violência Sexual; MSA: Morte Súbita Acidental; AC: Acidente grave; FG/DN: Fogo ou Desastre Natural; DFRV: Doença ou Ferimento Com Risco de Vida; LE: Eventos Não-Traumáticos]

Os participantes que relataram eventos traumáticos foram na sua maioria do sexo feminino (59.6%), casados ou vivendo como tal (56.4%), com licenciatura ou mais (46.8%) e com idades compreendidas entre os 18 e 80 anos ($M=41.8$, $DP=13.8$). As narrativas foram enquadradas num dos oito tipos de eventos, relevantes para o estudo atual. Assim sendo, esta amostra foi composta por 34 AC, 29 MSA, 15 VS, 14 AA, 14 DFRV, 13 FGDN, 12 AF e 10 MSV.

Os eventos de violência sexual (VS), ataque físico (AF), ataque à mão armada (AA) e morte súbita violenta (MSV) foram considerados como eventos traumáticos interpessoais. Aqui o evento mais reportado foi a violência sexual (VS) (6.7%, 93.3%♀), seguida pelo ataque à mão armada (AA) (6.3%, 42.9%♀), ataque físico (AF) (5.4%, 75.0%♀) e, por último, morte súbita violenta (MSV) (4.5%, 60.0%♀).

Por sua vez, os eventos de acidentes graves (AC), morte súbita acidental (MSA), doenças ou ferimentos com risco de vida (DFRV) e incêndios ou desastres naturais (FGDN) foram considerados como eventos traumáticos acidentais. O evento acidente grave (AC) foi o mais reportado pelos participantes (15.2%, 47.1%♀). Seguiu-se a morte súbita acidental (MSA) (12.9%, 58.6%♀), doença ou ferimento com risco de vida (DFRV) (6.3%, 64.3%♀) e incêndio ou outro desastre natural (FGDN) (5.8%, 53.8%♀).

Por fim, os eventos de *stress* considerados não-traumáticos foram relatados principalmente por mulheres (68,7%), casadas (54,2%), com licenciatura ou mais (55,4%) e com idade entre os 18 e 82 anos ($M = 39,2$, $DP=12.9$).

É de salientar que, para algumas questões, o somatório do número de sujeitos e/ou das percentagens específicas poderá não representar o total da amostra estudada devido à existência de respostas omissas nos questionários.

3.2. Instrumentos

Cada uma das medidas necessárias para avaliar se diferentes tipos de trauma estão associados a diferentes padrões de sintomas de PSPT foi incorporada no presente estudo. Assim, a classificação dos tipos de trauma foi baseada no *Life Events Checklist for DSM-5* (LEC-5; Weathers et al., 2013) – Versão Portuguesa por Duarte Silva, Gonçalves e Henriques Calado (2016) e no Questionário Sociodemográfico (QSD); e a avaliação dos sintomas de PSPT, bem como do trauma complexo, foi baseada no *PTSD Checklist for DSM-5* (PCL-5; Schnurr, 2013), traduzido para utilização na população portuguesa por Duarte Silva, Gonçalves e Henriques Calado (2016) e *Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress* (SIDES-SR; Van der Kolk, 2002), versão portuguesa elaborada por Henriques-Calado, Duarte-Silva, Gonçalves e Pires (2016), respetivamente.

3.2.1. QSD: Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico foi desenvolvido especificamente para esta investigação. Este é constituído por 16 itens que permitem obter informações relativas aos

dados pessoais dos participantes. Inclui também uma pergunta sobre ter vivenciado “uma situação ou acontecimento de vida traumático” com resposta Sim/Não. No caso de ter respondido Sim, pede-se ao participante que responda a três perguntas abertas sobre (a) “quantas situações ou acontecimentos traumáticos vivenciou na sua vida” e (b) “há quanto tempo atrás”. Pede-se ainda que (c) “descreva brevemente a(s) situação(s) ou acontecimento(s) traumático(s) que experienciou.”

3.2.2. *Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5; Weathers et al., 2013) – Versão Portuguesa por Duarte Silva, Gonçalves & Henriques Calado (2016)*

O LEC-5 (Life Events Checklist for DSM-5; Weathers et al., 2013) é um instrumento de autorrelato que tem como fim o rastreio de experiências potencialmente traumáticas (EPT). No presente estudo, foi utilizada a versão portuguesa do instrumento, traduzido e adaptado por Duarte Silva, Gonçalves e Henriques Calado (2016), em associação ao PCL-5, de modo a estabelecer associação às experiências traumáticas delineadas no Critério A do diagnóstico de PSPT.

Este instrumento é constituído por 17 itens, dos quais, 16 itens avaliam a exposição a categorias específicas de eventos traumáticos (por exemplo, desastres naturais, violência sexual) e um item denominado “outro”, relativo a outras experiências potencialmente traumáticas, não capturadas pelos outros itens (Kelley et al., 2009). Os itens foram gerados a partir de uma revisão da literatura sobre a PSPT e também de relatos de clínicos com considerável conhecimento neste campo (F. Weathers, comunicação pessoal, fevereiro 12, 2002 cit. Por Gray, Litz, Hsu & Lombardo, 2004). Para cada categoria de eventos potencialmente traumático, os participantes indicam a sua exposição, ao longo da vida, numa escala nominal de cinco pontos (4 = “Aconteceu-me”, 3 = “Assisti”, 2 = “Soube disso”, 1 = “Faz parte da profissão” e 0 = “Não tenho a certeza”). Desta forma, o LEC permite que os sujeitos endossem vários tipos de exposição a cada experiência potencialmente traumática e, posteriormente, permite comparações entre sujeitos expostos à mesma EPT, em diferentes níveis de intensidade (Gray et al., 2004).

No presente estudo, foi utilizada uma versão extensa do LEC. Depois de concluir o LEC padrão, os participantes identificaram o seu pior evento e responderam a sete itens, quatro dos quais avaliaram o Critério A1, dois itens que avaliaram o Critério A2 e um item que avaliou o número de vezes que o participante foi exposto a um evento comparável ao pior evento.

3.2.3. PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5; Schnurr, 2013) – Versão Portuguesa por Duarte Silva, Gonçalves & Henriques Calado (2016)

O PCL-5 é uma medida de autorrelato que inclui 20 itens, correspondentes aos critérios de sintomas do DSM-5 para a Perturbação de Stress Pós-Traumática (PSPT) (Bovin *et al.*, 2016; Sveen, Bondjers & Willebrand, 2016). Os itens refletem tanto as mudanças nos sintomas existentes quanto a adição de novos sintomas no DSM-5 e podem ser divididos em quatro subescalas, sendo estas correspondentes a: (1) sintomas intrusivos, (2) evitamento, (3) alterações negativas nas cognições e no humor e (4) alterações da ativação e reatividade (Sveen *et al.*, 2016). Para cada sintoma, os entrevistados avaliam o grau de intensidade e severidade, através de uma escala que varia entre 0 a 4 (0 = “nada” a 4 = “extremamente”) (Bovin *et al.*, 2016).

Existem três versões do PCL-5, que variam apenas em relação à avaliação do Critério A para a PSPT. Uma versão não avalia o Critério A, uma inclui uma secção relativamente breve do Critério A, e a outra inclui a *Life Events Checklist*; (LEC-5; Weathers *et al.*, 2013 cit. Por Bovin *et al.*, 2016). No presente estudo foi utilizado o PCL-5 em conjunto com o LEC-5, de modo a discriminar sintomas de PSPT entre diferentes tipos de traumas. Os participantes foram comparados ao nível da síndrome, cluster e nível individual de sintomas. Cada sintoma classificado como 2 = “Moderado” ou superior foi considerado clinicamente significativo (Weathers *et al.*, 2013)

A versão portuguesa deste instrumento foi traduzida e adaptada por Duarte Silva, Gonçalves e Henriques Calado (2016).

3.2.4. SIDES-SR: Self-Report Inventory for Disorder of Extreme Stress (Van der Kolk, 2002) - Versão portuguesa (Henriques-Calado, Duarte-Silva, Gonçalves & Pires, 2016)

No presente estudo, foi também utilizada a versão portuguesa do SIDES-SR (Van der Kolk, 2002), traduzida e adaptada por Henriques-Calado, Duarte-Silva, Gonçalves e Pires (2016). Os dados recolhidos por este instrumento foram utilizados como complementos aos dados fornecidos pelo PCL-5, com o fim de analisar a frequência dos sintomas reportados e a sua intensidade.

O Inventário de Autorrelato para Perturbações de Extremo Stress (*Self-Report Inventory for Disorder of Extreme Stress*; *SIDES*; Van der Kolk, 2002) é um instrumento de 45 itens, projetado para avaliar sintomas associados à exposição a traumas crónicos de desenvolvimento

(Collings, 2013). O instrumento pode ser administrado como uma entrevista clínica (SIDES-R) ou como uma medida de autorrelato (SIDES-SR).

Os itens formulados permitem avaliar tanto a vida, quanto os sintomas atuais, dentro de seis domínios, correspondentes aos critérios de diagnóstico para “Perturbações de Extremo Stress” ou Perturbação de Stress Pós-Traumático Complexo. Os domínios são: (1) alterações na regulação de afetos e impulsos (itens 1 a 19), (2) alterações na atenção ou consciência (itens 20 a 24), (3) alterações na autoperceção (itens 25 a 30), (4) alterações nas relações com os outros (itens 31 a 35), (5) somatização (itens 36 a 40) e (6) alterações nos sistemas de significado (itens 41 a 45) (Collings, 2013).

Assim, os entrevistados são solicitados a estimar a presença ou ausência atual de cada sintoma (através de uma questão dicotómica “sim” ou “não”). Caso a resposta seja positiva, será necessário classificar a severidade do sintoma endossado, numa escala de quatro pontos, sendo 0= “Nada de maneira nenhuma”, 1= “É um problema pequeno que me incomoda pouco, mas que não afeta a minha vida diária”, 2= “É um problema suficientemente grave para afetar a minha vida diária” e 3= “É um problema que me incapacita e que me limita gravemente na minha vida diária”. Considera-se que um resultado igual ou superior a 2 pontos já possui relevância clínica (Luxenberg, Spinazzola & Van der Kolk, 2001; Capela, 2016). No presente estudo, vai ser utilizada a *current severity* como medida associada às escalas e subescalas do SIDES-SR

3.3. Procedimento

O presente estudo está inserido no Projeto de Investigação “*Personalidade e Psicopatologia*”, desenvolvido por Professores da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. O projeto tem como principal objetivo a compreensão do fenómeno psicológico subjacente à Personalidade e à Psicopatologia, através da avaliação empírica de alguns domínios fundamentais, no contexto da população geral adulta.

A amostra foi recolhida pelo método “Bola de Neve”. Os participantes receberam o protocolo, juntamente com o consentimento informado. O consentimento informado apresenta o objetivo e o âmbito da investigação e assegura o anonimato das respostas, assim como o carácter confidencial da informação. A confidencialidade de todos os participantes foi garantida através da atribuição de um número de ordem que o representa. O protocolo é composto por nove instrumentos de avaliação psicológica (questionários de autorrelato). Tal como descrito na secção 3.2., o presente estudo utilizou quatro dos nove instrumentos.

As decisões referentes ao tipo de evento e exposição do Critério A foram baseadas no LEC (incluindo a descrição narrativa do evento do índice) e na descrição narrativa do evento no Questionário Sociodemográfico.

Todas as análises estatísticas efetuadas foram realizadas com o Software PASW Statistics (v. 24 SPSS Inc, Chicago, IL). Devido à natureza assimétrica e heterogênea da amostra, optou-se pela realização de procedimentos estatísticos não-paramétricos. Assim foram aplicados testes de *Kruskal-Wallis* (equivalente à ANOVA), com o objetivo de analisar a presença de um efeito principal significativo entre os sintomas da PSPT e os tipos de evento, e, entre os sintomas do Trauma Complexo e os tipos de evento. Um efeito principal significativo indica diferenças na severidade dos sintomas. Os testes de *Mann-Whitney* foram utilizados para determinar a presença de diferenças de grupo no padrão de sintomas da PSPT e Trauma Complexo, respetivamente.

Consideraram-se estatisticamente significativos os efeitos para $p\text{-values} \leq .05$.

CAPITULO 4 – Resultados

4.1. Critérios de Exclusão e Organização dos Eventos

Antes de iniciar o processo da análise dos dados, os casos foram determinados para inclusão, se relatassem algum tipo de evento traumático ou de *stress* não-traumático no Questionário Sociodemográfico ou no *Life Events Checklist for DSM-5* (LEC-5; Weathers et al., 2013) – versão portuguesa. Os participantes que negaram a exposição ao trauma, mas reportaram um evento de *stress* não-traumático, também foram incluídos no estudo. Setenta e sete participantes foram excluídos por não reportarem qualquer tipo de evento (traumático ou não-traumático).

As decisões referentes ao tipo de evento e exposição foram baseadas no Critério A do DSM-5 (APA, 2013). Assim, foram classificados como eventos traumáticos os seguintes: acidentes (de transporte, no trabalho, em casa ou durante atividade recreativa), ataque armado, morte súbita (violenta ou acidental), ataque físico ou sexual como adulto ou criança, desastre natural, exposição a ambiente de guerra (como civil ou militar), fogo ou explosão e doenças ou ferimentos com risco de vida. Eventos que não envolvessem uma ameaça imediata à vida ou lesão física, como fatores de stress psicossociais [North, Suris, Davis & Smith, 2009 cit. Por Pai, Suris & North, 2017] (p.e., divórcio ou situação de desemprego), foram considerados como eventos de *stress* não-traumáticos (APA, 2013). Outros eventos, como doenças fatais imediatas (p.e., neoplasias em fase terminal), ou incidentes envolvendo causas naturais (p.e., ataque cardíaco), também não foram qualificados como traumáticos, de acordo com os critérios do DSM-5, independentemente do quão graves fossem. Tais eventos foram classificados como '*Life Events*'.

Apenas um evento foi considerado por participante, portanto, mesmo podendo relatar mais que um evento, apenas o considerado mais intenso foi incluído.

Por fim, participantes que relataram eventos que não se enquadravam na lista definida no Critério A, mas que também não puderam ser totalmente classificados como eventos de *stress* não-traumáticos, foram excluídos. Trinta e sete participantes foram excluídos porque não conseguiram cumprir esta última suposição.

4.2. Análise dos Sintomas da Perturbação de Stress Pós-Traumático

4.2.1. Sintomas Intrusivos

A análise da PSPT revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de eventos e a prevalência do Sintoma de *Intrusão* ($X^2(8, 223) = 23,7, p = .003$). No sintoma da *Intrusão*, a análise mostrou que a maioria dos sobreviventes de eventos de violência sexual (VS) (93.3%) ou de ataque físico (AF) (83.3%) apresentaram valores de relevância clínica. A diferença foi estatisticamente significativa em comparação com os sobreviventes de incêndios/desastres naturais (FGDN) (16.6%), acidentes graves (AC) (47.0%) ou ataque à mão armada (AA) (28.4%) ($\alpha = .05$). VS também foi significativamente diferente de DFRV (49.8%) ($U = 53.0, p = .022, z = -2.3$) e do evento Não-traumático (55.5%) ($U = 352.5, p = .007, z = -2.7$), que, surpreendentemente, foram significativamente superiores ao FGDN ($\alpha = .05$). A morte súbita acidental (MSA) (65.6%) também apresentou elevada prevalência de sintomas intrusivos em relação aos eventos de incêndios / desastres naturais (FGDN) ($U = 81.5, p = .006, z = -2.7$) e ataque à mão armada (AA) ($U = 128.0, p = .048, z = -2.7$).

As análises aos sintomas individuais revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os tipos de eventos e a prevalência do *mal-estar psicológico* (PCL4) ($X^2(8, 222) = 16.9, p = .031$) e da *reação fisiológica* (PCL5) ($X^2(8, 223) = 24.3, p = .002$). A análise ao sintoma de *mal-estar psicológico* mostrou que os valores no evento VS foram significativamente diferentes dos eventos Não-traumático ($U = 393.5, p = .017, z = -2.4$), AA ($U = 62.5, p = .046, z = -2.0$), AC ($U = 151.0, p = .015, z = -2.4$) e FGDN ($U = 33.0, p = .003, z = -3.0$). Em comparação, no evento VS, 33.4% dos participantes apresentou valores de severidade considerados clinicamente significativos, ao passo que no evento AC apenas 14.7% reportou severidade clinicamente significativa. O evento Não-traumático apresentou 19.5% de casos com valores de severidade significativos, valor superior ao evento AC, porém a diferença não é estatisticamente significativa. O evento FGDN não apresenta casos de severidade significativa. AF e MSA, que não diferiram entre si, também apresentaram valores de severidade significativamente superiores ao evento FGDN. AF apresentou maior prevalência do sintoma (41.7%) do que o evento VS, porém a diferença não é estatisticamente significativa. No caso de MSA, 27.5% dos participantes afirmaram sofrer mais acentuadamente do sintoma de *mal-estar psicológico*. Relativamente ao sintoma da *reação fisiológica*, o evento VS apresentou a maior prevalência do sintoma, com 46.7% dos participantes a reportarem valores de severidade clinicamente significativos. A diferença foi estatisticamente significativa em relação aos eventos Não-traumático ($U = 316.5, p = 0.001, z = -3.5$), AA ($U = 48.0, p = .007$,

$z = -2.7$), AC ($U = 124.0$, $p = .002$, $z = -3.1$), FGDN ($U = 30.5$, $p = .006$, $z = -2.8$) e MSA ($U=126.5$, $p=.015$, $z=-2.4$). O evento AF foi o segundo com a maior prevalência de casos clinicamente significativos (41.6%), significativamente superior aos eventos Não-traumático ($U=302.5$, $p=.011$, $z=-2.6$), AA ($U=46.5$, $p=.031$, $z=-2.2$), AC ($U=118.0$, $p=.016$, $z=-2.8$) e FGDN ($U=30.5$, $p=.006$, $z=-2.8$). Como mencionado anteriormente, o evento FGDN apresentou uma prevalência do sintoma (8.3%) significativamente inferior os eventos VS e AF, mas também significativamente inferior ao evento MSV (30.0%) ($U = 35.5$, $p = .039$, $z = -2.1$).

4.2.2. Sintomas de Evitamento

A análise da PSPT revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de eventos e a prevalência geral do Sintoma de *Evitamento* ($X^2 (8, 222) = 23,94$, $p = .001$). Os sobreviventes VS apresentaram maior prevalência geral dos sintomas de *evitamento* (80.0%), seguido pelos sobreviventes AF (75%). A diferença foi estatisticamente significativa em relação aos restantes eventos, com exceção do evento MSV (40.0%), do qual AF não diferiu significativamente ($p = .150$).

As análises aos sintomas individuais revelaram diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de evento e a prevalência do sintoma em ambos os sintomas de *evitamento de emoções/pensamentos/memórias* (PCL6) ($X^2 (8, 221) = 21.0$, $p = .007$) e *evitamento de estímulos externos* (PCL7) ($X^2 (8, 222) = 28.9$, $p = .000$). Na comparação entre eventos, verificou-se que, ao nível do *evitamento de emoções/pensamentos/memórias* (PCL6), VS foi significativamente superior aos eventos Não-traumático ($U = 299.0$, $p = .003$, $z = -3.0$), AA ($U = 35.0$, $p = .023$, $z = -2.3$), MSA ($U = 119.0$, $p = .023$, $z = -2.3$), AC ($U = 115.0$, $p = .003$, $z = -3.0$), FGDN ($U = 23.5$, $p = .001$, $z = -3.3$) e DFRV ($U = 42.0$, $p = .007$, $z = -2.7$). O evento de violência sexual apresentou uma prevalência de 50% de casos clinicamente significativos. Os restantes eventos também apresentaram valores de severidade clinicamente significativos, porém não foram tão expressivos quanto o evento VS. O evento MSA apresentou 27.5% de casos com valores de severidade acentuados, seguido pelos eventos Não-traumático (26.8%), AC (14.7%), AA (14.2%), DFRV (14.2%) e FGDN (8.3%). Não foram constatadas diferenças significativas entre estes seis eventos. AF também foi significativamente superior, em comparação com os eventos AA ($U = 40.0$, $p = .017$, $z = -2.4$), AC ($U = 126.0$, $p = .037$, $z = -2.1$), FGDN ($U = 29.5$, $p = .009$, $z = -2.6$) e DFRV ($U = 47.0$, $p = .045$, $z = -2.0$), apresentando 41.7% de casos clinicamente significativos. No caso do sintoma de *evitamento de estímulos externos* (PCL7), tanto o evento VS (66.6%) quanto o evento AF

(33.3%), que não diferiram significativamente entre si, obtiveram uma prevalência significativamente superior aos eventos DFRV (14.3%), FGDN (8.3%) e MSA (6.8%) ($\alpha = .05$). VS foi ainda significativamente superior aos eventos Não-traumático (17.1%) ($U = 235.0$, $p = .000$, $z = -4.1$), AC (20.6%) ($U = 97.5$, $p = .000$, $z = -3.7$) e MSV (10.0%) ($U = 22.5$, $p = .003$, $z = -3.0$). AC foi o terceiro evento com maior prevalência do sintoma de *evitação de estímulos externos*, contudo a diferença não foi estatisticamente significativa relativamente aos eventos com menor prevalência.

4.2.3. Sintoma de Cognitiones e Emoções Negativas

A análise da PSPT revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de eventos e a prevalência geral do Sintoma de *Cognitiones e Emoções Negativas*, ($X^2 (8, 223) = 21.3$, $p = .006$). O evento AF apresentou maior prevalência geral dos sintomas (66.7%), seguido por VS (60.0%). A diferença entre si não foi estatisticamente significativa, mas ambos foram significativamente diferentes dos restantes eventos, com exceção do evento MSV (50.0%). AF também não diferiu significativamente de MSA (38.0%) ($p = .062$). Nenhuma outra diferença significativa foi encontrada na severidade entre os eventos.

As análises aos sintomas individuais revelaram diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de eventos e a prevalência dos sintomas de *amnésia* (PCL8) ($X^2 (8, 221) = 18.9$, $p = .015$), *crenças negativas* (PCL9) ($X^2 (8, 222) = 19.2$, $p = 0.014$), *distorção cognitiva* (PCL10) ($X^2 (8, 222) = 16.9$, $p = .031$) e *emoções negativas* (PCL11) ($X^2 (8, 222) = 17.2$, $p = .028$). Os testes U de Mann-Whitney mostraram que, em todos os sintomas individuais, as vítimas de violência sexual (VS) ou ataque físico (AF) relataram valores mais elevados de severidade do que os indivíduos de eventos Não-traumáticos ($\alpha = 0.05$), com exclusão do sintoma das *emoções negativas* (PCL11), no qual AF não diferiu significativamente ($p = .054$). Na PCL8 (*Amnésia*), a morte súbita acidental (MSA) também apresentou maior prevalência de casos de severidade elevada (17.2%) do que o evento Não-traumático (9.8%) ($U = 917.9$, $p = .039$, $z = -2.1$). No evento FGDN não foram encontrados casos de valores de severidade clinicamente significativos no sintoma de *amnésia*. Nas *crenças negativas* (PCL9), as vítimas de AF apresentaram maior prevalência do sintoma (41.7%), contudo a diferença apenas foi estatisticamente significativa em relação aos eventos Não-traumático (12.2%) ($U = 328.5$, $p = .014$, $z = -2.5$) e AC (5.8%) ($U = 128.0$, $p = .014$, $z = -2.5$). VS (40%) apresentou diferenças estatisticamente significativas com todos os outros eventos ($\alpha = .05$), com exclusão do evento AF ($p = .877$). Na *distorção cognitiva* (PCL10), os valores

de severidade dos eventos VS e AF foram mais elevados que os outros eventos, com AF a apresentar uma prevalência de casos de severidade acentuada ligeiramente mais elevada (33.4%) que VS (33.3%), embora de forma insignificante. A diferença na prevalência do sintoma foi estatisticamente significativa entre VS e todos os outros eventos ($\alpha = .05$), com exclusão dos eventos FGDN (8.3%) ($p = .070$) e AA (14.3%) ($p = .085$), enquanto AF diferiu apenas significativamente do evento DFRV ($U = 40.5$, $p = .017$, $z = -2.4$), que por sua vez não apresentou valores de severidade significativos. O sintoma das *emoções negativas* (PCL11), tal como os anteriores sintomas, apresentou maior percentagem de valores de severidade elevados para os eventos VS (33.4%) e AF (33.3%) ($p = .682$). A diferença na severidade foi significativa apenas entre VS e MSA (13.8%) ($U = 138.5$, $p = .031$, $z = -2.2$), VS e DFRV, que não apresentou valores de severidade clinicamente significativos ($U = 60.0$, $p = .033$, $z = -2.1$), VS e evento Não-traumático (9.6%) ($U = 358.5$, $p = .002$, $z = -3.1$), VS e AC (3.0%) ($U = 115.5$, $p = .000$, $z = -3.5$) e AF e AC ($U = 124.0$, $p = .014$, $z = -2.5$). Nenhuma outra diferença significativa foi encontrada.

4.2.4. Sintomas de Ativação e Reatividade

A análise da PSPT revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de eventos e a prevalência geral do Sintoma de *Ativação e Reatividade* ($X^2 (8, 223) = 16.2$, $p = .039$). Foi possível constatar que o evento VS apresentou maior prevalência dos sintomas de *ativação e reatividade* (73.2%). VS foi significativamente diferente dos eventos AA (35.7%) ($U = 57.5$, $p = 0.036$, $z = -2.1$), FGDN (33.3%) ($U = 43.0$, $p = .021$, $z = -2.3$), MSA (34.5%) ($U = 123.5$, $p = .019$, $z = -2.4$), AC (32.4%) ($U = 125.5$, $p = .005$, $z = -2.8$) e evento Não-traumático (31.3%) ($U = 308.0$, $p = .002$, $z = -3.2$). AF apresentou a segunda maior prevalência (58.3%) significativamente diferente do evento AC ($U = 120.5$, $p = .035$, $z = -2.1$) e do evento Não-traumático ($U = 297.0$, $p = .022$, $z = -2.3$).

As análises aos sintomas individuais revelaram diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de evento e a prevalência dos sintomas da *hipervigilância* (PCL17) ($X^2 (8, 222) = 21.6$, $p = .006$) e *resposta de sobressalto exagerada* (PCL18) ($X^2 (8, 222) = 18.5$, $p = .018$). Ao nível da *hipervigilância* (PCL17), VS foi o evento que apresentou maior prevalência do sintoma (60.0%), seguido pelos eventos AF (41.7%), AC (20.5%), MSV (20.0%), MSA (17.2%) e FGDN (16.6%). Os eventos Não-traumático (11.0%) e DFRV (7.1%) foram os que apresentaram a prevalência mais baixa. VS diferiu significativamente com os eventos MSA ($U = 132.5$, $p = .028$, $z = -2.2$), AC ($U = 148.5$, $p = .015$, $z = -2.4$), FGDN ($U =$

42.0, $p = .012$, $z = -2.5$), DFRV ($U = 55.0$, $p = .023$, $z = -2.3$) e com o evento Não-traumático ($U = 286.5$, $p = .000$, $z = -3.8$). Na *resposta de sobressalto exagerada* (PCL18), tanto VS (33.4%), como AF (33.3%) apresentaram uma prevalência do sintoma significativamente mais elevada que o evento Não-traumático (13.2%) e que os eventos traumáticos AC (5.8%) e FGDN (8.3%) ($\alpha = .05$). Além disso AF ainda foi significativamente diferente de MSA (13.7%) ($U = 100.5$, $p = .022$, $z = -2.3$), DFRV (7.7%) ($U = 38.5$, $p = .020$, $z = -2.3$) e MSV (20.0%) ($U = 31.5$, $p = .043$, $z = -2.0$). Os eventos AC, DFRV e FGDN foram os que apresentaram menor prevalência de respostas de sobressalto exageradas, contudo esta diferença apenas foi significativa em relação aos eventos VS e AF.

Em suma, é possível constatar a presença de um efeito principal significativo entre o tipo de evento e os sintomas da PSPT (Hipótese 1). VS apresenta maior intensidade sintomática da PSPT, seguido pelo evento AF. Existe maior prevalência dos sintomas gerais intrusivos (93.3%), dos sintomas de evitamento (internos e externos) (80.0%) e do sintoma da hipervigilância (60.0%) no evento VS, o que vai ao encontro da Hipótese 4. Surpreendentemente, o evento Não-traumático apresentou resultados significativamente mais elevados nos sintomas intrusivos, não suportando a Hipótese 2. Os eventos AC e FGDN apresentaram, no geral, baixa prevalência de sintomas pós-traumáticos. No caso de FGDN, a maior prevalência que apresentou é ao nível da ativação e reatividade (33.3%), contudo a diferença não é estatisticamente significativa. Nos sintomas de evitamento e sintomas cognitivos e emocionais negativos, existe uma baixa prevalência dos sintomas. Assim a Hipótese 4 não é confirmada. No caso do evento AC, tal como no FGDN, a sua maior prevalência está associada aos sintomas de ativação e reatividade (32.4%), porém apresenta reduzida severidade no sintoma de resposta ao sobressalto exagerada. A sua segunda maior prevalência é no sintoma de evitamento ao estímulo externo (20.6%). Assim a Hipótese é parcialmente confirmada. No geral, observou-se maior intensidade sintomática em eventos interpessoais (VS), o que vai ao encontro da Hipótese 3.

4.3. Análise dos Sintomas do Trauma Complexo

4.3.1. Alterações no Afeto e Impulsos

As análises aos sintomas do Trauma Complexo revelaram a ausência de diferença estatisticamente significativa entre o tipo de eventos e as *Alterações no Afeto e Impulsos* ($p = .382$). Contudo ao nível dos sintomas individuais, foram reveladas significâncias estatísticas

entre o tipo de evento e a *despreocupação com a segurança* (SIDES9) ($X^2(8, 222) = 22.8, p = .004$) e o *evitamento do toque sexual* (SIDES14) ($X^2(8, 221) = 20.9, p = .007$).

Os testes Mann-Whitney revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da *despreocupação com a segurança* (SIDES9) entre o evento AF e os eventos AC ($U=170.0, p=.016, z= -2.4$), MSA ($U=145.0, p=.026, z= -2.2$) e Não-traumático ($U=411.0, p=.005, z= -2.8$). Analisando os quatro eventos verificou-se que todos os participantes que responderam dos eventos AC ($N= 34$) e MSA ($N= 29$) apresentaram níveis de severidade clinicamente insignificativos. No caso do evento Não-traumático, 1.2% dos participantes apresentou uma severidade clinicamente significativa. Em AF, 16.7% dos participantes apresentou uma severidade mais acentuada, clinicamente significativa. No sintoma referente ao *evitamento do toque sexual* (SIDES14), os testes Mann-Whitney constataram que os eventos VS, AF e AA, que não diferiram significativamente entre si, apresentaram valores de severidade significativamente mais elevados que o evento Não-traumático ($\alpha = .05$). O evento Não-traumático, ao contrário do sintoma anterior, não apresentou resultados clinicamente significativos. Em contrapartida, 16.4% das vítimas de ataque físico, 14.2% das vítimas de ataque armado e 6.7% das vítimas de violência sexual reportaram maior severidade no sintoma do evitamento ao toque sexual, afetando-lhes a vida diária. AF e AA também diferiram significativamente de AC ($\alpha = .05$), que por sua vez não apresentou severidade clinicamente significativa.

4.3.2. Alterações na Atenção e Consciência

As análises aos sintomas do Trauma Complexo revelaram a ausência de diferença estatisticamente significativa entre o tipo de eventos e as *Alterações na Atenção e Consciência* ($p=.213$). Contudo ao nível dos sintomas individuais, foi revelada uma diferença estatisticamente significativa entre o tipo de evento e o sintoma de *dissociação* (SIDES24) ($X^2(8, 222) = 23.2; p = .003$). Os testes de Mann-Whitney para este sintoma mostraram que os valores da severidade foram significativamente mais elevados para o evento AA ($\alpha = .05$) do que para os restantes eventos, com exceção do VS ($p = .073$) e do FGDN ($p = .109$). A estatística descritiva revelou que no evento AA, 35.7% dos participantes reportaram valores de severidade clinicamente significativos, ao passo que nos eventos AF, AC, DFRV e MSV, todos os participantes atribuíram valores de severidade não significativos. No caso do evento traumático MSA, 10.7% dos participantes referiram sofrer deste sintoma com intensidade,

afetando-lhes a vida diária. No evento Não-traumático 7.3% atribuíram valores de severidade clinicamente significativos.

4.3.3. Alterações na Autopercepção

As análises aos sintomas do Trauma Complexo revelaram apenas diferença estatisticamente significativa entre o tipo de eventos e a *Alterações à Autopercepção* ($X^2 (8, 222) = 19.2, p = .014$). Nas comparações entre grupos, os testes U Mann-Whitney indicaram diferenças estatisticamente significativas entre o evento VS e os eventos Não-traumático ($U = 431.5, p = .027, z = -2.2$), AA ($U = 64.0, p = .023, z = -2.3$) e FGDN ($U = 52.0, p = .006, z = -2.8$).

Analisando estes quatro grupos, verificou-se que, no caso de FGDN, todos os participantes ($N = 13$) referiram não se sentir afetados por alterações da autopercepção. Para os eventos VS, AA e Não-traumático foram encontradas variações nos valores de severidade atribuídos pelos participantes, porém nenhum deles clinicamente significativo. O evento VS apresentou um máximo de severidade ($Mx = 1.3$) superior em comparação com os eventos AA ($Mx = .7$) e Não-Traumático ($Mx = 1.2$)., contudo nenhum dos resultados apresenta relevância clínica. Não houve outras diferenças estatisticamente significativas entre os eventos.

As análises dos sintomas individuais revelaram significância estatística entre o tipo de evento e o sentimento de *vergonha* (SIDES28) ($X^2 (8, 223) = 16.0, p = .043$) e *desamparo* (SIDES29) ($X^2 (8, 222) = 17.5, p = 0.025$). Os testes Mann-Whitney, corrigidos para empates, mostraram que os valores de severidade no SIDES28 (*vergonha*) foram significativamente mais elevados para os eventos VS ($U = 204.0, p = .008, z = -2.7$) e AF ($U = 170.0, p = .016, z = -2.41$) do que para o evento AC. Analisando, verificou-se que 20% das vítimas de violência sexual e 16.7% das vítimas de ataque físico reportaram intenso sentimento de vergonha, que lhes afetava a vida diária. No caso das vítimas de acidentes graves, todas ($N = 34$) reportaram baixos valores de severidade neste sintoma. VS também foi significativamente mais elevada do que o evento Não-traumático ($U = 517.5, p = .020, z = -2.3$), no qual apenas 3.6% dos participantes reportaram severidade clinicamente significativa. Nenhuma outra diferença entre eventos foi estatisticamente significativa. No SIDES29 (*desamparo*) foram observadas apenas duas diferenças significativas, entre os eventos VS e Não-traumático ($U = 502.5, p = .006, z = -2.8$) e VS e AC ($U = 204.0, p = .008, z = -2.7$). Em ambos os casos, o evento VS apresenta valores de severidade mais elevados, com 20% dos participantes a reportarem sentimento de desamparo clinicamente significativos. No caso do evento Não-traumático apenas 2.4% dos

participantes apresenta valores de desamparo clinicamente significativos e no evento AC nenhum valor foi clinicamente significativo.

4.3.4. Alteração na Relação com os Outros

As análises aos sintomas do Trauma Complexo revelaram a ausência de diferença estatisticamente significativa entre o tipo de eventos e as *Alterações na Relação com os Outros* ($p=.186$). Também não foram constatadas diferenças estatisticamente significativas ao nível dos sintomas individuais.

4.3.5. Somatização

As análises aos sintomas do Trauma Complexo revelaram a ausência de diferença estatisticamente significativa entre o tipo de eventos e a *Somatização* ($p=.126$). Também não foram constatadas diferenças estatisticamente significativas ao nível dos sintomas individuais.

4.3.6. Alterações no Sistema de Significados

As análises aos sintomas do Trauma Complexo revelaram a ausência de diferença estatisticamente significativa entre o tipo de eventos e a *Alterações no Sistema de Significados* ($p=.556$). Também não foram constatadas diferenças estatisticamente significativas ao nível dos sintomas individuais.

Analisando os resultados verifica-se a existência de um efeito principal entre o tipo de evento e sintomas associados a alteração no afeto e impulsos, sintomas associados a alteração na atenção e consciência e sintomas associados a alteração na autopercepção, confirmando parcialmente a Hipótese 6. No caso da Hipótese 7, o evento Não-traumático não apresentou resultados significativamente mais elevados que os restantes eventos, confirmando-se assim a mesma. Por fim, na Hipótese 8, verifica-se uma prevalência significativas nos sintomas de afeto e impulsos, atenção e consciência e autopercepção dos eventos traumáticos VS, AF e AA, de natureza interpessoal, o que vai ao encontro da suposição de que sobreviventes de eventos interpessoais apresentam maior prevalência sintomática relativamente a sobreviventes de eventos acidentais.

CAPÍTULO 5 – Discussão e Conclusão

Este estudo teve como objetivo expandir o trabalho anterior sobre as diferenças nos padrões de sintomas para diferentes tipos de eventos, estudando também os níveis de sintomas e padrões para diferentes eventos no Trauma Complexo, na população geral portuguesa. Na amostra estudada verificou-se dos 224 participantes que reportaram ter experienciado algum evento, 62.9% relataram pelo menos um evento traumático, enquanto 37.1% relataram eventos de *stress* não considerados traumáticos pelo DSM-5 (p.e., alterações na família, marcos de desenvolvimento, divórcio, mudanças no emprego, reforma, desemprego). Os resultados foram inferiores em relação a estudos anteriores (Breslau et al., 1998; Albuquerque et al., 2003). Dos eventos traumáticos, os acidentes graves (transporte, trabalho, domésticos) foram os mais reportados pela amostra (15.2%), à semelhança do referido no estudo de Albuquerque e colegas, em 2003. Tal comprova que passada mais de uma década, o acidente continua a ser um dos eventos com mais efeitos traumáticos em Portugal. Noutras populações (p.e., Kelley et al., 2009) também o acidente foi o evento mais relatado pelos participantes.

Foram encontradas associações entre o tipo de trauma e a apresentação sintomática. Os resultados vão ao encontro de estudos anteriores (Smith et al., 2016; Kelley et al., 2009; Badour et al., 2017; Albuquerque et al., 2003). Ficou constatado que a violência sexual, que constituía 6.7% da amostra do estudo, apresentou maior intensidade sintomática pós-traumática, com prevalência de sintomas intrusivos, sintomas de evitamento (interno e externo) e hipervigilância. Estes resultados sugerem que os acontecimentos de cariz sexual parecem estar associados a uma apresentação sintomática mais intensa. Ao nível da dimensão da amostra, a quantidade de participantes a reportarem um evento traumático de cariz sexual foi inferior ao de outras populações (Badour et al., 2017) e ao da população geral portuguesa em Albuquerque e colegas (2003). Apesar da diferença na dimensão da amostra, verificou-se que o evento de violência sexual apresentou resultados que vão ao encontro dos estudos anteriores (Badour et al., 2017, Kelley et al., 2009, Albuquerque et al., 2003). Este facto demonstra que apesar de se verificar uma menor exposição comparativamente a outras populações (Badour et al., 2017), este acontecimento é um dos mais impactantes na sociedade portuguesa, tal como verificado também no estudo de Albuquerque e colegas (2003).

A experiências de incêndio e acidente grave, que constituíam 15.2% e 5.8% da amostra do estudo, respetivamente, foram os eventos que apresentaram uma sintomática menos acentuada, contrariamente ao constatado em 2003 por Albuquerque e colegas (2003). Segundo

o Instituto da Conservação da Natureza e das Florestas (*ICNF*), 2003 foi um ano que sobressaiu como um dos anos com maior área ardida. Portugal foi afetado por uma das maiores vagas de calor de sempre, tendo a zona centro sido a mais afetada pelos fogos. Tal facto pode explicar a maior severidade sintomática deste evento em 2003 e a diferença em 2019.

O ataque físico foi o segundo evento traumático a apresentar uma severidade geral mais acentuada. Este constituiu 5.4% da amostra em estudo. Ao nível do padrão sintomático, tal como as vítimas de violência sexual, as vítimas de ataque físico mostraram-se mais propensas a sintomas de intrusão, sintomas de evitamento e hipervigilância. As semelhanças no padrão sintomático são consideradas comuns por alguns autores. Segundo Herman (1992, cit. Por Roth, Newman, Pelcovitz, Van der Kolk & Mandel, 1997), a violência física e a violência sexual partilham várias características que envolvem um sentimento de terror e estar refém nas mãos de outro, o que pode despoletar, após o trauma, problemas ao nível da regulação emocional, funcionamento interpessoal, autoperceção e estilo adaptativo. Também apresentou prevalência de sintomas associados às cognições e emoções negativas, chegando a ser superior ao evento VS.

O evitamento de emoções/ pensamentos e o evitamento de estímulos externos, são considerados por alguns autores, sintomas conceptualmente relacionados a uma alteração nas estruturas de significado social (Janoff-Bulman, 1989, 1992; McCann & Pearlman, 1990 cit. Por Kelley et al., 2009). Para além de VS e AF, também o evento de morte súbita acidental (MSA) apresenta maior prevalência do sintoma. Um forte desejo de distanciamento, bem como um evitamento aversivo das emoções pode reduzir as competências interpessoais.

O evento de morte súbita acidental, para além dos sintomas de evitamento, também está associado a uma maior prevalência de sintomas associados às cognições e emoções negativas, juntamente com o evento de morte súbita violenta (MSV).

A *hipervigilância* e a *reação fisiológica* têm sido sintomas atribuídos a modelos de estímulo-resposta do condicionamento do medo (Brewin & Homes, 2003; Keane, Fairbank, Caddell, Zimering e Bender, 1995, cit. Por Kelley et al., 2009). Estes sintomas são considerados mais centrais para o trauma acidental, no entanto, neste estudo, assim como no estudo de Kelley e colegas (2009) o grupo VS demonstrou maior prevalência do sintoma que o AC. Isto sugere que VS envolve as mudanças no condicionamento do medo característico do trauma acidental (Kilpatrick, Veronen & Resick, 1979, cit. Por Kelley et al., 2009). Tomando em conta as perspetivas apresentadas, a severidade sintomática da PSPT na violência sexual associa-se a

alterações nas estruturas de significado social, bem como a sintomas de condicionamento ao medo.

À semelhança do estudo de Lancaster e colegas (2014), este projeto pretendeu contribuir para o progresso do conhecimento sobre o efeito do tipo de evento no padrão sintomático pós-traumático, principalmente ao nível da população geral portuguesa. Assim, foram incluídas novas categorias de traumas não referidas em estudos anteriores, como é o caso da categoria de doenças e ferimentos com risco de vida (DFRV), a qual engloba doenças cancerígenas não-terminais, infeções, vírus e lesões físicas. Também os eventos de vida considerados não traumáticos pelo Critério A do DSM-5 foram incluídos no estudo de forma a analisar a presença de sintomas de pós-traumáticos neste tipo de eventos. Assim sendo, constatou-se que o grupo não-traumático apresentou resultados significativamente mais elevados do que o grupo do incêndio/desastres natural (FGDN) para o sintoma da *intrusão* e ainda apresentou uma severidade sintomática global de PSPT mais elevada que os eventos traumáticos FGDN, AC, AA e DFRV, e MSA apesar de estatisticamente insignificante. Este resultado vai ao encontro de alguns estudos que utilizaram os critérios de diagnóstico das edições prévias do DSM e constataram que acontecimentos considerados “não-traumáticos” segundo o critério A (por exemplo problemas relacionais, morte de causas naturais, problemas financeiros) despoletaram sintomas pós-traumáticos intensos e a mesma quantidade de angústia, em comparação com acontecimentos considerados traumáticos (Gold et al., 2005; Mol et al., 2005; Lancaster et al., 2014). Isto vem colocar em questão a suposição de que os eventos traumáticos têm maior probabilidade de apresentar maior severidade sintomática do que outros eventos de *stress*, porém “não-traumáticos”. Por outro lado, também se pode levantar a questão sobre se a lista de acontecimentos traumáticos adotada pelo DSM-5 está adequada aos critérios de diagnóstico de PSPT. Ou, ainda mais fundamentalmente, se é possível definir *a priori*, com precisão quais são os acontecimentos traumáticos e não-traumáticos. É necessário, porém, interpretar estes resultados com precaução, já que o grupo não-traumático engloba um vasto conjunto de experiências não-traumáticas, ao contrário dos grupos traumáticos. Será interessante no futuro estudar os padrões de sintomas de PSPT após eventos considerados não-traumáticos.

No caso das análises ao evento traumático DFRV, os participantes deste grupo apresentaram uma severidade geral de PSPT ligeiramente superior aos grupos FGDN, ACFMP e AAGUE, contudo a diferença não foi estatisticamente significativa. Pouco existe para relatar sobre estes quatro eventos traumáticos, pois não diferiram ao nível sintomático.

No geral, constatou-se que eventos traumáticos considerados de foro interpessoal (i.e., violência sexual, ataque físico, morte súbita violenta) (Chung & Breslau, 2008; Cogle et al., 2003; Albuquerque et al., 2003) estiveram associados a uma apresentação mais sintomática, quando comparados a eventos traumáticos não-interpessoais (acidentes, fogos, desastre natural, doenças/ferimentos com risco de vida) e eventos não-traumáticos. Este facto tem sido estudado e verificou-se que a apresentação sintomática neste tipo de trauma tem tendência a ser complexa e pode incluir sintomas de stress pós-traumático, mas também outros sintomas que refletem problemas predominantemente em capacidades autorreguladoras afetivas/emocionais e interpessoais (Cloitre et al., 2009). Neste sentido, verificou-se que, no conjunto destes traumas, existiu uma presença mais acentuadas de sintomas associados a dificuldades no controlo da ansiedade (p.e., hipervigilância) e a comportamentos de evitamento (interno e/ou externos) que podem refletir um padrão de resposta emocional desreguladora ao trauma, característica subjacente ao trauma complexo. De acordo com literatura anterior, quase todas as definições do PTSD Complexo incluem alguma forma de desregulação emocional como característica central.

Este estudo incluiu tanto os sintomas tradicionais da PSPT, como os sintomas que refletem características subjacentes ao trauma complexo. Os objetivos principais foram analisar os sintomas do trauma complexo para os diferentes eventos do estudo e verificar se de facto estes podem aparecer como um complemento aos sintomas tradicionais da PSPT.

Os resultados mostraram que nenhum participante, que havia exibido resultados clinicamente significativos, nos sintomas de PSPT, apresentou resultados significativos para o critério da PSPT Complexa. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Ford (1999 cit. Por Resick et al., 2012) e, consequentemente, contra os resultados do estudo experimental de Roth e colegas (1997). Ford (1999 cit. Por Resick et al., 2012) também encontrou casos de PTSD Complexo sem co-morbidade com PSPT, levando-o a sugerir que a PSPT e PSPT Complexo são qualitativamente distintos, embora frequentemente co-ocorrendo. Para melhor estabelecer uma relação entre os sintomas de PSPT e sintomas do Trauma Complexo, foi adaptada, tal como em estudos anteriores estudo (e.g., Kelley et al., 2009; Lancaster et al., 2014), uma abordagem dimensional no presente estudo que permitiu a análise da PSPT e do Trauma Complexo como um constructo dimensional e, assim, a comparação de diferenças de tipo de trauma em toda a gama de sintomas.

Assim, relativamente aos sintomas do Trauma Complexo, constatou-se apenas a existência de uma associação entre tipo de evento e sintomas do afeto e impulsos, atenção e consciência e autoperceção. Isto sugere que o tipo de trauma ao nível do Trauma Complexo não é um fator diferenciador ao nível da prevalência de PSPT Complexo.

A análise mostrou, em primeiro lugar, a menor percentagem de prevalência dos sintomas associados ao Trauma Complexo nos diferentes eventos, em comparação com a prevalência dos sintomas de PSPT. AF, VS e AA apresentaram prevalência de sintomas do evitamento do toque sexual e vergonha, apenas para AF e VS. O evitamento do toque sexual e o sentimento de vergonha são por norma características associadas a traumas de violência interpessoal. Estes sintomas também se encontram representados nos critérios da PSPT, através de comportamentos de evitamento e cognições e emoções negativas. VS e AF também apresentaram resultados significativos no sintoma de emoções negativas, atribuindo maior destaque aos sintomas das emoções negativas. A semelhança ao nível dos padrões sintomáticos apresentados, sugere uma sobreposição de sintomas do Trauma Complexo com os sintomas de PSPT. Esta hipótese vai ao encontro de resultados de estudos anteriores (p.e., King, 2008 cit. Por Resick et al., 2012). A introdução de uma variante de sintomas mais complexos pode apresentar pontos positivos ou negativos. Por um lado, os sintomas considerados mais complexos, podem servir de extensão para a melhor compreensão sintomática do indivíduo. Por outro lado, há autores que acreditam que uma sobreposição de sintomas apenas adicionará confusão ao diagnóstico de PSPT (Resick et al., 2012). Mais investigações serão necessárias relativamente aos sintomas do Trauma Complexo.

Este estudo apresentou um conjunto de pontos fortes. Como pontos fortes, constata-se uma maior diversidade da amostra relativamente a estudos anteriores, com a inclusão da população masculina e de sujeitos que relataram eventos não-traumáticos. Foi adotada uma abordagem dimensional no presente estudo, tal como em estudos anteriores (e.g., Kelley et al., 2009; Lancaster et al., 2014), que permitiu retirar evidências sobre uma relação qualitativamente diferente entre a exposição a eventos traumáticos e o desenvolvimento de um padrão de sintoma único. Em conjunto, os resultados mostram várias sugestões para futuros estudos. Primeiro estudos adicionais são necessários em populações clínicas, bem como uma distribuição de eventos mais homogénea. Devem também incluir mais participantes do sexo masculino. Como a descoberta de que tipos distintos de trauma levam a padrões únicos de sintomas de PSPT já foi replicada e generalizada, mesmo para a população portuguesa em geral, o foco deve passar pela identificação de fatores subjacentes a esta associação.

Em conclusão, os resultados deste estudo apoiam estudos anteriores, sugerindo que existem diferenças baseadas no tipo de evento. Parece claro que diferentes tipos de traumas podem estar associados a diferente severidade dos sintomas.

Embora esses padrões possam existir, mais investigações são necessárias antes que conclusões absolutas possam ser tiradas. Em particular, mais trabalho focado em sobreviventes do trauma masculino é necessário, bem como estudos na população clínica. Além disso, o trabalho que examina os preditores dessas diferenças de padrões, como várias diferenças emocionais ou de personalidade, avançaria significativamente esta linha de investigação.

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, A. D. (2003). Perturbação pós-traumática do stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-4®)*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Badour, C. L., Resnick, H. S., & Kilpatrick, D. G. (2017). Associations between specific negative emotions and DSM-5 PTSD among a national sample of interpersonal trauma survivors. *Journal of interpersonal violence*, 32(11), 1620-1641
- Barlow, D. H (2004). Posttraumatic stress disorder. In *Anxiety and Its Disorders; The nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 418-453). Guilford press
- Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD checklist for diagnostic and statistical manual of mental disorders—fifth edition (PCL-5) in veterans. *Psychological Assessment*, 28(11), 1379.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of general psychiatry*, 55(7), 626-632
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders.
- Bright, C. L., & Bowland, S. E. (2008). Assessing interpersonal trauma in older adult women. *Journal of Loss and Trauma*, 13(4), 373-393.
- Capela, D. G. (2016). *Traços de personalidade e características sociodemográficas como preditores da somatização na população geral* (Doctoral dissertation).
- Chung, H., & Breslau, N. (2008). The latent structure of post-traumatic stress disorder: tests of invariance by gender and trauma type. *Psychological Medicine*, 38(4), 563-573.

- Collings, S. J. (2013). Concurrent validity of the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES-SR) in a non-clinical sample of South African adolescents. *South African Journal of Psychology*, 43(1), 10-21.
- Connor, P. K. (2005). *Guideline-based programs in the treatment of complex PTSD* (No. DH Sc.(Psych.)). Deakin University.
- Cougle, J. R., Resnick, H., & Kilpatrick, D. G. (2013). Factors associated with chronicity in posttraumatic stress disorder: A prospective analysis of a national sample of women. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 43.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (Eds.). (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. Guilford Press.
- Davidson, J. R., Hughes, D., Blazer, D. G., & George, L. K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychological medicine*, 21(3), 713-721.
- Ditlevsen, D. N., & Elklit, A. (2012). Gender, trauma type, and PTSD prevalence: a re-analysis of 18 nordic convenience samples. *Annals of general psychiatry*, 11(1), 26.
- Figley, C. R., Ellis, A. E., Reuther, B. T., & Gold, S. N. (2017). The study of trauma: A historical overview
- Ford, J. D. (2015). Complex PTSD: Research directions for nosology/assessment, treatment, and public health. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27584.
- Frans, Ö., Rimmö, P. A., Åberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(4), 291-290.
- Friedman, M. J. (2014). PTSD: national center for PTSD. *PTSD History and Overview*.
- Gold, S.D., Marx, B. P., Soler-Baillo, J.M., & Sloan, D.M. (2005). Is life stress more traumatic than traumatic stress?. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 687–698
- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., & Lombardo, T. W. (2004). Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment*, 11(4), 330-341.
- Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence--from domestic abuse to political terror*. Hachette UK.

Instituto da Conservação da Natureza e das Florestas (s.d). *Defesa da floresta contra incêndios*
Disponível em <http://www2.icnf.pt/portal/florestas/dfci/relat>

Jones, L., Hughes, M., & Unterstaller, U. (2001). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: A review of the research. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2(2), 99-119.

Kelley, L. P., Weathers, F. W., McDevitt-Murphy, M. E., Eakin, D. E., & Flood, A. M. (2009). A comparison of PTSD symptom patterns in three types of civilian trauma. *Journal of traumatic stress*, 22(3), 227-235.

Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of traumatic stress*, 26(5), 537-547.

Lancaster, S. L., Melka, S. E., Rodriguez, B. F., & Bryant, A. R. (2014). PTSD symptom patterns following traumatic and nontraumatic events. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(4), 414-429.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1990). *Vocabulário de Psicanálise*, 7ª ed.. Lisboa: Editorial Presença. (Obra original publicada em 1967)

Lingiardi, V., McWilliams, N., Bornstein, R. F., Gazzillo, F., & Gordon, R. M. (2015). The Psychodynamic Diagnostic Manual Version 2 (PDM-2): Assessing patients for improved clinical practice and research. *Psychoanalytic Psychology*, 32(1), 94.

Litz, B. T., & Roemer, L. (1996). Post-Traumatic Stress Disorder: An Overview. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3(3), 153-168

Lukaschek, K., Kruse, J., Emeny, R. T., Lacruz, M. E., von Eisenhart Rothe, A., & Ladwig, K. H. (2013). Lifetime traumatic experiences and their impact on PTSD: a general population study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(4), 525-532

Luxenberg, T., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: Assessment. *Directions in psychiatry*, 21(25), 373-392.

McHugh, P. R., & Treisman, G. (2007). PTSD: A problematic diagnostic category. *Journal of anxiety disorders*, 21(2), 211-222

Mol, S. S., Arntz, A., Metsemakers, J. F., Dinant, G. J., Vilters-Van Montfort, P. A., & Knottnerus, J. A. (2005). Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: evidence from an open population study. *The British Journal of Psychiatry*, 186(6), 494-499.

Mueser, K. T., Goodman, L. B., Trumbetta, S. L., Rosenberg, S. D., Osher, F. C., Vidaver, R., ... & Foy, D. W. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(3), 493

Pelcovitz, D., Van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of traumatic stress*, 10(1), 3-16.

Resick, P.A., Bovin, M.J. Calloway, A.L., Dick, A.M., King, M.W, Mitchell, K.S., ...& Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature. Implications for DSM-5. *Journal of traumatic stress*, 25(3), 241 - 251

Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van Der Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 10(4), 539-555.

Sar, V. (2011). Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(1), 5622.

Scheiderer, E. M., Wood, P. K., & Trull, T. J. (2015). The comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder: revisiting the prevalence and associations in a general population sample. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 2(1), 11.

Smith, H. L., Summers, B. J., Dillon, K. H., & Cogle, J. R. (2016). Is worst-event trauma type related to PTSD symptom presentation and associated features?. *Journal of anxiety disorders*, 38, 55-61.

- Sveen, J., Bondjers, K., & Willebrand, M. (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for DSM-5: a pilot study. *European journal of psychotraumatology*, 7(1), 30165.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of traumatic stress*, 18(5), 389-399.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) – Standard* [Measurement instrument].
- Weathers, F. W., Marx, B. P., Friedman, M. J., & Schnurr, P. P. (2014). Posttraumatic stress disorder in DSM-5: New criteria, new measures, and implications for assessment. *Psychological Injury and Law*, 7(2), 93-107.